

Patenti Gruppo 2 - Paziente diabetico (Per la C.M.L.)

Bari, li ___/___/_____

Si certifica che la Sig.

nata a _____ il _____ è affetto da Diabete Mellito Tipo _____ dal _____

TERAPIA attuale:

nutrizionale ipoglicemizzanti orali insulina ipoglicemizzanti orali + insulina altro

Specificare farmaci:

che possono indurre ipoglicemie gravi

che non inducono ipoglicemie gravi

CRISI IPOGLICEMICHE NEGLI ULTIMI 12 MESI

- Riferisce episodi di crisi ipoglicemiche gravi (che richiedono l'intervento di altra persona) e ricorrenti (almeno 2 episodi) e SI NO

COMPLICANZE

Non presenta complicanze

Presenta le seguenti complicanze:

- Retinopatia non proliferante proliferante edema maculare
- Neuropatia autonoma sensitivo-motoria uso di farmaci specifici
- Nefropatia microalbuminuria macroalbuminuria I.R.C.
- Complicanze cardiovascolari: TIA/Ictus Cardiopatia ischemica
 Angiopatia arti inferiori clinicamente severa
- Altro

Giudizio sulla qualità del CONTROLLO GLICEMICO, riferito esclusivamente al giudizio di pericolosità alla guida

ADEGUATO NON ADEGUATO Ultimo valore HbA1c _____

Giudizio complessivo circa la frequenza e la capacità di gestione delle ipoglicemie

Buono Accettabile Scarso

L'interessato dichiara di essere pienamente cosciente dei rischi connessi all'ipoglicemia? SI NO

L'interessato dimostra di monitorare regolarmente la glicemia secondo il piano di cura? SI NO

Firma dell'interessato per presa visione e ritiro certificazione

Firma del Medico Specialista
(Diabetologo/Endocrinologo)

AVVERTENZA

(Da consegnare all'atto del ritiro della certificazione diabetologica)

Si avverte l'interessato che dovrà provvedere a segnalare alla Motorizzazione Civile Provinciale l'eventuale insorgenza di crisi ipoglicemiche gravi o di variazioni terapeutiche comportanti assunzione di farmaci che possono indurre ipoglicemia grave, in ottemperanza a quanto previsto dagli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida", utilizzando il facsimile allegato.

Firma per presa visione e ritiro

Alla MTC Provinciale di BARI

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Patente tipo _____ n. _____

In ottemperanza a quanto previsto dagli articoli 7 e 8 dell'Allegato II del D.M. 30 novembre 2010 "Recepimento della direttiva 2009/112/CE della commissione del 25 agosto 2009, recante modifica della direttiva 91/439/CE del Consiglio concernente la patente di guida"

Comunica che

- ha manifestato recentemente una crisi ipoglicemica grave
- per variazioni terapeutiche recenti, assume farmaci che possono indurre ipoglicemia grave

Data _____

Firma _____